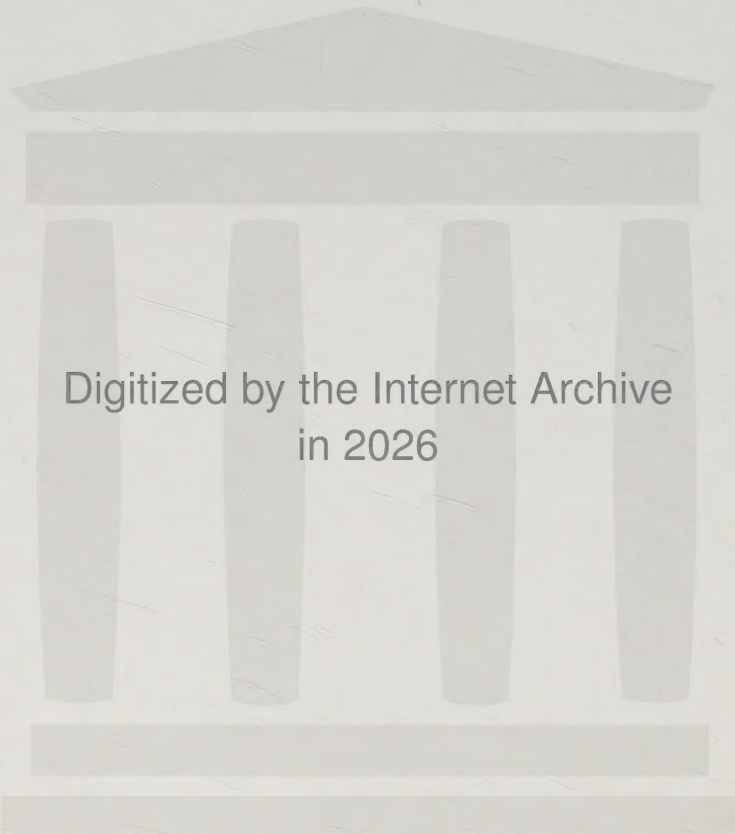


Portioabschabung und Cervixkürettage
zur diagnostischen Abklärung
auffälliger Zytologiebefunde

Christa Stückler

*Disse
München
1986*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554822_0115

Aus der 1. Frauenklinik der Universität München
Direktor: Professor Dr.med. J.Zander

Portioabschabung und Cervixkürettage
zur diagnostischen Abklärung auffälliger Zytologiebefunde

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Christa Stückler

aus

Ansbach

München 1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München

Berichterstatter
Mitberichterstatter
Dekan

Prof. Dr.med. K.J. Lohe
Prof. Dr.med. J. Zander
Prof. Dr.med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung 25.03.1986

INHALT

Einleitung	1
Krankengut und Methodik	2
Ergebnisse	4
Diskussion	13
Zusammenfassung	17
Literatur	19
Addendum	
- Danksagung	
- Lebenslauf	

EINLEITUNG

In einer prospektiven Studie konnten Egger u. Mitarb. (3,4) die hohe diagnostische Sicherheit der Portioabschabung und Cervixkürettage bei auffälliger Cervixzytologie nachweisen. Darüber hinaus fanden die Autoren bei diesem Verfahren keine Komplikationen und sehen deshalb in der Portioabschabung eine gute Alternative zur Konisation. Dennoch ist die Portioabschabung nicht ganz unumstritten (1).

An der 1.Frauenklinik der Universität München wird diese diagnostische operative Methode bei auffälliger Cervixzytologie angewendet, wenn von vornherein die Hysterektomie als mindeste Behandlungsmethode vorgesehen ist. Dabei gilt es, präoperativ zu klären, ob die einfache Hysterektomie ausreicht oder ein erweitertes operatives Vorgehen erforderlich ist.

Anhand des vorliegenden Krankengutes sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Wie hoch ist die diagnostische Zuverlässigkeit der Portioabschabung mit Cervixkürettage?
2. Treten Komplikationen bei oder nach Portioabschabung mit Cervixkürettage auf?
3. Ergeben sich nachteilige Auswirkungen der Portioabschabung mit Cervixkürettage auf den Heilungsverlauf der anschließenden Hysterektomie?

KRANKENGUT UND METHODIK

Von 1972 bis 1982 wurde bei 171 Patientinnen eine Portioabschabung mit Cervixkürettage vorgenommen. Bei 155 Frauen folgte eine vaginale oder abdominale Hysterektomie bzw. eine Radikaloperation nach Wertheim-Meigs. Bei den übrigen 16 Patientinnen wurde ein davon abweichendes Verfahren angewendet.

Bei der Portioabschabung wird folgendermaßen vorgegangen: Die Portio wird zur Schillerschen Jodprobe und zur Chrobak-schen Sondenprobe eingestellt. Danach wird sie im Jodpositiven Bereich angehakt und die Portiooberfläche mit einem Skalpell abgeschabt (Portiofraktion). Das Gewebe wird auf einem citratgetränkten Leinenläppchen aufgenommen, das vorher um das hintere Spekulum gelegt wurde. Das ungerinnbare Blut wird von den Tüchern aufgesogen und die Gewebebröckel können ohne Blutbeimengung ausgelesen werden.

Nach der Portioabschabung folgt eine scharfe fraktionierte Kürettage (Cervix- und Corpusfraktion): Die Endocervix wird hierbei mit einer kurzen scharfen Kürette abradiert, mit der energischer kürettiert werden kann. Ist die Sondenlänge bestimmt, wird der Eingriff mit der Kürettage des Cavums abgeschlossen.

Jede Fraktion wird getrennt auf citratgetränkten Leinenläppchen aufgenommen und ausgelesen. Gewebebröckel, die während des Eingriffs an Tupfern hängengeblieben sind, werden als sog. Restefraktion zusammengefaßt.

Das bei der Portioabschabung und Kürettage in 4 Fraktionen gewonnene Gewebe wird getrennt in Stievelösung (heißgesättigte wässrige Sublimatlösung 760 ml, 40%iges Formalin 200 ml, Eisessig 40 ml) fixiert und weiter histologisch bearbeitet. Die Blöcke werden in Stufen von 30-50 μ aufgeschnitten. Durchschnittlich ergeben sich 18-30 Objektträger mit je 2 Stufen.

Die nach Portioabschabung exstirpierten Uteri werden ebenfalls in Stievelösung fixiert. Die Cervix wird vom Corpus uteri getrennt und sagittal vollständig in 0,5 cm breite Gewebeblöcke zerlegt, analog zur Aufarbeitung eines Konus (8). Auf diese Weise ist es möglich, den Cervixkanal und die Portiooberfläche vollständig zu übersehen und Restbefunde zu erfassen. Durchschnittlich werden 12 Schnitte der Cervix durchmustert.

ERGEBNISSE

Altersverteilung

Die jüngste Patientin war 26, die älteste 79 Jahre alt. Der Altersgipfel liegt zwischen 40 und 50 Jahren, der Mittelwert bei 48,8 Jahren. In Abb.1 ist die Altersverteilung in 10 Jahresklassen dargestellt. 79,5% der Patientinnen sind über 40 Jahre alt.

PORTIOABSCHABUNG – ALTERSVERTEILUNG

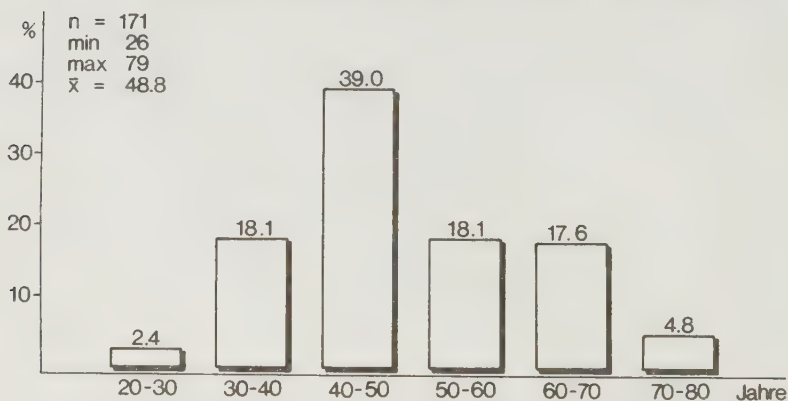


Abb.1 Altersverteilung der 171 Patientinnen mit Portioabschabung und Cervixkürrettage

Cytologische Befunde

Die Häufigkeitsverteilung der auffälligen cytologischen Befunde ist in Tabelle 1 aufgelistet. In 67,2% der Fälle finden sich Befunde der Gruppe Pap IV bzw. IV a. ein Pap III bzw. III D lag in 13,5 bzw. 2,9% und ein Pap V in 16,4% der Fälle vor.

Cytologie	n	%
Pap III	23	13.5
Pap III D	5	2.9
Pap IV	53	31.0
Pap IVa	62	36.2
Pap V	28	16.4
	171	100.0

Tab.1 Häufigkeitsverteilung der cytologischen Befunde nach Papanicolaqu bei 171 Patientinnen mit Portioabschabung. Bei mehreren unterschiedlichen cytologischen Befunden wurde der zuletzt vor der Portioabschabung erhobene berücksichtigt.

Histologische Befunde der Portioabschabung

Die histologischen Diagnosen der 171 Portioabschabungen sind in Tabelle 2 entsprechend dem jeweils fortgeschrittensten mikroskopischen Befund in den 4 Gewebefractionen zusammengestellt. Hierbei handelt es sich jeweils um Mindestbefunde. In 80,7% der Fälle wurden nicht infiltrierende Veränderungen - Dysplasien oder ein Carcinoma in situ - diagnostiziert, in 15,2% ein infiltrierendes Carcinom. In 7 Fällen (4,1%) konnte im gewonnenen Gewebe kein atypisches Epithel nachgewiesen werden.

Histologische Diagnose	n	%
Normales Epithel	3	1.8
Abnormes Epithel	4	2.3
Leichte bis mittlere Dysplasie	25	14.6
Schwere Dysplasie bis Grenzfall zum Carcinoma in situ	13	7.6
Carcinoma in situ	100	58.5
Infiltrierendes Carcinom	26	15.2
	171	100.0

Tab.2 Übersicht der histologischen Diagnosen der 171 Portioabschabungen, entsprechend der schwerwiegendsten Veränderung.

Die pathologischen Befunde fanden sich verteilt in allen Fraktionen, allerdings mit unterschiedlicher Häufigkeit (Tab.3). Oft waren die pathologischen Veränderungen in mehreren Fraktionen gleichzeitig nachweisbar. Nur in 7 Fällen zeigt sich der pathologische Befund ausschließlich im abgeschabten Gewebe der Portiooberfläche. In 38 Fällen war nur das Gewebe der Cervixfraktion pathologisch verändert. Bei 16 Patientinnen fanden sich sowohl in der Cervix- als auch in der Corpusfraktion atypische Veränderungen.

Komplikationen

Bei einer Patientin kam es zu einer folgenlosen Komplikation: Das Corpus uteri wurde bei der Abrasio perforiert. Eine Komplikation durch die Portioabschabung selbst ereignete sich nicht.

Fraktion	Pathologischer Befund	
	n	%
Portio	127/171	74.3
Cervix	157/171	91.8
Corpus	16/171	9.4
Reste	116/171	67.8

Tab.3 Häufigkeitsverteilung der pathologischen Befunde, aufgeteilt nach den Fraktionen, in denen sie nachweisbar waren (Mehrfachnennungen enthalten).

Weiteres Vorgehen nach Portioabschabung

In 90,7% (155 Patienten) folgte nach der Portioabschabung eine Hysterektomie und zwar entweder vaginal bzw. abdominal oder als Wertheimsche Radikaloperation (Tab.4).

Bei 13 Patientinnen wurde jedoch aus internistischen Gründen eine weniger belastende Maßnahme wie Konisation oder Radiation der Hysterektomie vorgezogen. In einem weiteren Fall konnte der Uterus wegen einem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom nicht entfernt werden. Keine Therapie erfolgte in 2 Fällen: Bei einer Patientin (Pap III) wurde wegen eines bereits diagnostizierten malignen Lymphoms bei Zustand nach Lungen-Embolie das Operationsrisiko einer Hysterektomie als zu hoch angesehen. Die Portioabschabung ergab eine leichte bis mittlere Dysplasie. Bei der zweiten Patientin konnte trotz positiver Cytologie (Pap V) im Gewebe der Portioabschabung kein pathologischer Befund nachgewiesen werden. Es wurde deshalb auf eine Hysterektomie verzichtet und vereinbart, weiter cytologisch zu kontrollieren. Diese Kontrolluntersuchungen wurden jedoch von der Patientin trotz Aufforderung nicht wahrgenommen.

Behandlung nach Portioabschabung	n	%
Vaginale Hysterektomie	74	43.3
Abdominale Hysterektomie	68	39.8
Wertheim'sche Operation	13	7.6
Konisation	3	1.7
Radiatio	10	5.8
Adnektomie und Netzresektion	1	0.6
Keine Behandlung	2	1.2
	171	100.0

Tab.4 Aufschlüsselung der Behandlung nach Portioabschabung.

Indikationen zur Hysterektomie

Aus Tabelle 5 sind die verschiedenen Indikationen zur Hysterektomie zu ersehen. 76 Frauen (49%) wollten nicht nur eine histologische Abklärung der auffälligen Cytologie, sondern auch anschließend eine definitive Behandlung im Sinne einer Hysterektomie. In 20,7% fand sich zusätzlich zur auffälligen Cytologie ein Uterus myomatosus und in 14,2% ein Descensus.

Indikation	n	%
Hysterektomie als Behandlung gewünscht	76	49.0
Uterus myomatosus	32	20.7
Descensus uteri et vaginae mit oder ohne Harninkontinenz	22	14.2
Abgeschlossene Familienplanung	19	12.3
Dysfunktionelle klimakterische Blutung	3	1.9
Z.n.Konisation, cytolog.erneut auffällig	3	1.9
	155	100.0

Tab.5 Indikationen der 155 Hysterektomien nach Portioabschabung.

Verlauf der Hysterektomie nach Portioabschabung

Die Hysterektomie erfolgte im Median 7 Tage nach der Portioabschabung. Das operative Vorgehen erschien dabei nicht erschwert. Eine wesentlich verstärkte Blutungsneigung wurde nicht bemerkt. In einem Fall (0.6%) der 155 Operationen kam es während einer vaginalen Hysterektomie zu einer transfusionsbedürftigen Blutung aus einem Ast der linken A.uterina, der beim Absetzen des Ligamentum sacrouterinum zunächst nicht ligiert wurde. Nachbarorgane wurden nicht verletzt. Postoperativ waren bei 41 Patientinnen (26.5%) Temperaturen über 38,5°C zu verzeichnen. Von diesen 41 Patientinnen waren 20 vaginal und 15 abdominal hysterektomiert worden; bei den übrigen 6 Frauen war eine Operation nach Wertheim-Meigs vorgenommen worden. Tabelle 6 zeigt die Ursachen des Temperaturanstiegs. Von den 3 Patientinnen unter der Rubrik "Verschiedenes" hatten 2 Frauen einen grippalen Infekt und eine Patientin hatte ein Schilddrüsenadenom.

Fieberursache	n	%
-----	-----	-----
Harnwegsinfekt	7	17.1
Wundinfekt	12	29.3
Thrombophlebitis	1	2.4
"Verschiedenes"	3	7.3
Keine sichere Ursache nachweisbar	18	43.9
-----	-----	-----
	41	100.0

Tab.6 Übersicht der Ursachen eines fieberhaften postoperativen Verlaufs

Wundheilungsstörungen

Insgesamt war die Wundheilung bei 17 der 155 hysterektomierten Patientinnen (11%) durch entzündliche Infiltrate oder Hämatome gestört. In 12 dieser Fälle ergab sich ein fieber-

hafter Verlauf. Zwei Frauen entwickelten einen Bauchdeckenabszeß.

Histologische Restbefunde am exstirpierten Uterus

In Tabelle 7 sind die histologischen Restbefunde der Hysterektomiepräparate aufgelistet. In 23,2% der Fälle konnte kein pathologischer Restbefund erhoben werden. Am häufigsten (59,4%) wurden als Restbefunde nicht infiltrierende Veränderungen - eine Dysplasie oder ein Carcinoma in situ - diagnostiziert. Bei 17,4% der operierten Frauen fand sich ein unterschiedlich weit fortgeschrittener infiltrierender Prozeß.

Histologischer Befund	n	%
Normales Epithel	36	23.2
Abnormes Epithel	-	-
Leichte bis mittlere Dysplasie	29	18.7
Schwere Dyspl. bis Grenzfall zum C.i.s.	9	5.8
Carcinoma in situ	54	34.9
C.i.s. mit früher Stromainvasion	11	7.1
Mikro-Carcinom	5	3.2
Carcinom	11	7.1
	155	100.0

Tab.7 Histologische Restbefunde bei 155 exstirpierten Uteri nach Portioabschabung.

In Tabelle 8 sind die histologischen Befunde der Portioabschabung den Restbefunden am Uterus gegenübergestellt. Die präoperativ durch Portioabschabung gestellte Diagnose war mit einer Ausnahme zutreffend: d.h. es wurde entweder kein pathologischer Restbefund erhoben oder eine Diagnose gleicher oder geringerer Einstufung gestellt.

Nur in einem Fall fand sich eine über die Primärdiagnose

Carcinoma in situ (cytologisch Pap IV) hinausgehende Veränderung: die Aufarbeitung des vaginal exstirpierten Uterus ergab ein hochsitzendes infiltrierendes Carcinom von 15 mm Länge und 10 mm Tiefe. An die Uterusexstirpation wurde eine Radiatio angeschlossen. Die Patientin ist bis heute rezidivfrei.

In den 2 Fällen, die in der Portioabschabung keinen pathologischen Befund erkennen ließen, fand sich auch am exstirpierten Uterus kein auffälliger Befund.

Unter den 96 durch Portioabschabung diagnostizierten Carcinomata in situ als Mindestveränderung ließ sich an 9 Uteri zusätzlich eine frühe Stromainvasion nachweisen. Die Indikation zu einer zusätzlichen Behandlung ergab sich dabei jedoch nicht.

Histologie der Portioabschabung							
Histologie der Hysterektomie	Epithel		Dysplasie		Ca in situ	Ca	Summe
	normal	abnorm	leicht	schwer			
Epithel							
-normal	2	3	8	4	19	-	36
-abnorm	-	-	-	-	-	-	-
Dysplasie							
-leicht	-	-	16	4	9	-	29
-schwer	-	-	-	5	4	-	9
Ca in situ	-	-	-	-	54	-	54
CIS+Stromainv.	-	-	-	-	9	2	11
Microca	-	-	-	-	-	5	5
Carcinom	-	-	-	-	1	10	11
	2	3	24	13	96	17	155

Tab.8 Vergleich der bei der Portioabschabung erhobenen histologischen Diagnosen mit den Restbefunden an den 155 exstirpierten Uteri

Vergleich cytologischer und histologischer Befund

Tabelle 9 zeigt eine Übersicht der histologischen Diagnosen der Portioabschabung der 155 nachfolgend operierten Patientinnen, aufgeschlüsselt nach den cytologischen Befunden. Berücksichtigt wurde die zuletzt vor der Portioabschabung erhobene cytologische Klassifizierung, die zumeist im haus-eigenen Labor erfolgte. Unter den 22 Fällen mit Pap V fand sich 8 mal histologisch ein Cervixcarcinom. In einem Fall konnte bei Pap V histologisch kein pathologischer Befund erhoben werden und 1 mal fand sich eine leichte Dysplasie.

Histologie der Portioabschabung							
Cytologie	Epithel		Dysplasie		Ca in		Summe
	normal	abnorm	leicht	schwer	situ	Ca	
Pap III	1	3(1)	10(1)	-	4	3	21(2)
Pap III D	-	-	3(1)	1	1	-	5(1)
Pap IV	-	-	1	3	39(1)	3	46(1)
Pap IVa	-	-	9(2)	9	40(2)	3	61(4)
Pap V	1(1)	-	1	-	12(3)	8(3)	22(7)
	2	3	24	13	96	17	155

Tab.9 Übersicht der bei der Portioabschabung erhobenen histologischen Diagnosen, aufgeschlüsselt nach den zuletzt vor der Portioabschabung erhobenen cytologischen Befunden.

Die Zahlen in Klammern geben an, wieviele auswärtige cytologische Befunde enthalten sind.

DISKUSSION

Die Befürworter der Portioabschabung und Cervixkürettage sehen den entscheidenden Vorteil dieser Methode gegenüber der Konisation im Fehlen jeglicher spezifischer Komplikationen bzw. in der völlig fehlenden Beeinträchtigung einer folgenden Hysterektomie.

Alter

Das mittlere Alter der Patientinnen, bei denen eine Portioabschabung vorgenommen wurde, beträgt in der vorliegenden Untersuchung 49 Jahre. An der gleichen Klinik waren 168 konisierte Patientinnen durchschnittlich 39 Jahre alt (5,16). Diese Altersverteilungen zeigen, daß die Indikation zur Hysterektomie bei den älteren Frauen häufiger gestellt wird, da eben mit zunehmendem Lebensalter vermehrt Uteri myomatosi oder ein Descensus uteri als Zusatzindikationen vorliegen (12,13). Im vorliegenden Krankengut fanden sich diese Indikationen bei fast 35% der Fälle. Dazu kommt die häufig in diesem Lebensalter abgeschlossene Familienplanung. Diese Indikationen finden sich auch im untersuchten Krankengut.

Komplikationen

Die einzige Komplikation, die registriert werden mußte, ist eine Perforation bei der Corpus-Kürettage. Sie ist aber nicht spezifisch für den Eingriff der Portioabschabung, denn die Corpus-Kürettage ist ja auch Teil der vollständigen

diagnostischen Abklärung durch Konisation. Egger (4) sah keinerlei intra- oder postoperative Komplikationen zu Lasten der Portioabschabung, dagegen einige schwerwiegende Komplikationen bei den konisierten Patientinnen (Perforation ins paracervikale Gewebe mit nachfolgender Uterusexstirpation zur exakten Blutstillung sowie drei revisionsbedürftige Nachblutungen aus dem Konisationskrater). In einer eigenen Auswertung der Literatur (8) über Komplikationen der Konisation fanden wir in 9,4% intra- und postoperative Blutungen, die weitere therapeutische Maßnahmen erforderlich machten. In 19,5% waren Bluttransfusionen notwendig und in 0,08% war eine Uterusexstirpation schließlich erforderlich. In 0,3% wurde während des Eingriffs die Cervix bei der Messerkonisation perforiert, wobei in einigen Fällen eine Notlaparotomie bzw. ebenfalls die Uterusexstirpation angeschlossen werden mußte. Schwere entzündliche Komplikationen traten in 1,1% der mitgeteilten Fälle auf.

In zahlreichen Arbeiten wird auf die Problematik der Morbidität einer Hysterektomie nach Konisation eingegangen (2,10,11,14,15). Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die Morbidität bei sehr kurzem Intervall (48-72 Stunden) und dann wieder nach 4 Wochen gering zu sein scheint. Ein derartiges Problem taucht im Zusammenhang mit der Portioabschabung gar nicht erst auf, da das zusätzliche Abschaben der Portiooberfläche keine ins Gewicht fallende Erweiterung des diagnostischen Eingriffs gegenüber einer sonst auch üblichen fraktionierten Kürettage vor einer Hysterektomie bedeutet, d.h. eine unverzügliche Hysterektomie kann erfolgen, ohne daß der intra- oder postoperative Verlauf beeinträchtigt wird. Lohe u. Mitarb. (10) fanden 29% Fieberhäufigkeit nach Hysterektomie ohne vorausgegangene Konisation bzw. 33% bei Hysterektomie nach Konisation. Im vorliegenden Krankengut liegt die postoperative Fieberhäufigkeit der Hysterektomie nach Portioabschabung bei 26,5%. Auch bei operativ behandelten Patientinnen mit Zervixkarzinom und Z.n. diagnostischer

Konisation konnten wir keine vermehrten intra- oder postoperativen Komplikationen nachweisen (9).

Diagnostische Zuverlässigkeit

Nach unseren Ergebnissen kommt der Portioabschabung eine hohe diagnostische Zuverlässigkeit bei der Abklärung cytologisch auffälliger Cervixbefunde zu. In der vorliegenden Serie wurde am exstirpierten Uterus in einem Fall ein Karzinom diagnostiziert, das am Gewebe der Portioabschabung nur als Carcinoma in situ eingestuft war. Ansonsten waren am exstirpierten Uterus entweder keine pathologischen Befunde mehr nachweisbar oder es waren Restbefunde gleichen oder niedrigeren Schweregrads zu finden. Auch Egger (4) fand eine diagnostische Sicherheit der Portioabschabung von 98% bei mehr als 1000 Patientinnen, wobei in dieser Untersuchung sogar eine höhere diagnostische Sicherheit der Portioabschabung und Cervix-Kürettage für die nächste Therapieentscheidung gefunden wurde als bei der Konisation bzw. bei der primären Hysterektomie. Ähnliche diagnostische Versager sind auch bei der Konisation zu beobachten. So fand Fichtel (5) im eigenen Krankengut bei 53 Patientinnen, die nach nicht im Gesunden erfolgter Konisation hysterektomiert wurden, in einem Fall ein infiltrierendes Karzinom, das am Konus als hoch intracervikal gelegenes Carcinoma in situ diagnostiziert worden war. Holzer (6) berichtet ebenfalls über 9 infiltrierende Zervixkarzinome, die sich nach unvollständiger Ausschneidung eines Carcinoma in situ der Cervix uteri an den exstirpierten Uteri fanden. Kindermann (7) kommentiert: "Daß man bei der histologischen Untersuchung der nach Konisation erfolgten Hysterectomiepräparate in 3,9% invasive Carcinome fand, läßt sich nicht auf die diagnostische Sicherheit des gesamten Konus-Kollektivs übertragen, zeigt aber, daß bei der Konisation einige Abstriche in der diagnostischen Sicherheit gemacht werden müssen."

Abschließende Betrachtung

Die Portioabschabung mit fraktionierter Kürettage ist nach den vorliegenden Ergebnissen eine diagnostisch zuverlässige Abklärungsmethode von zytologisch auffälligen Befunden an der Zervix. Komplikationen zu Lasten der Portioabschabung sind nicht aufgetreten. Der nachfolgende Eingriff, sei es eine vaginale bzw. abdominale Hysterektomie oder eine Wertheim'sche Radikaloperation, wird in seinem intra- und postoperativen Verlauf nicht nachteilig beeinflusst. Damit empfiehlt sich die Portioabschabung mit Cervix-Kürettage als Alternative zur Konisation bei der Abklärung auffälliger Befunde der Cervix-Zytologie, wenn eine nachfolgende Hysterektomie vorgesehen ist. Die Aufbereitung des gewonnenen Gewebes und die histologische Bearbeitung sind allerdings mindestens so aufwendig wie bei der Konisation. Nur so ist aber die hohe diagnostische Zuverlässigkeit bei gleichzeitig fehlender Morbidität des diagnostischen Eingriffs zu erreichen. Das methodische Prinzip der Portioabschabung beschränkt allerdings ihre Anwendbarkeit auf solche Kliniken, in denen ein sehr enger Kontakt zwischen dem Kliniker, dem Zytologen und dem Histopathologen gewährleistet ist.

ZUSAMMENFASSUNG

An der 1.Frauenklinik der Universität München wird die Portioabschabung mit fraktionierter Kürettage als diagnostische operative Methode bei auffälliger Cervixzytologie angewendet, wenn von vornherein die Hysterektomie als mindeste Behandlungsmethode vorgesehen ist. Von 1972 bis 1982 wurde bei 171 Patientinnen eine Portioabschabung mit Cervixkürettage vorgenommen.

Die histologischen Diagnosen der 171 Portioabschabungen ergaben in 80.7% nicht infiltrierende Veränderungen - Dysplasien oder ein Carcinoma in situ - und in 15.2% ein infiltrierendes Carcinom. In 7 Fällen (4.1%) konnte kein atypisches Epithel nachgewiesen werden.

Bei einer Patientin kam es zu einer folgenlosen Komplikation: Das Corpus uteri wurde bei der Abrasio perforiert. Bei 155 Frauen folgte eine vaginale oder abdominale Hysterektomie bzw. eine Radikaloperation nach Wertheim-Meigs. Das operative Vorgehen erschien nicht erschwert. Eine wesentlich verstärkte Blutungsneigung wurde nicht bemerkt.

Nur in einem Fall fand sich am entfernten Uterus eine über die Primärdiagnose Carcinoma in situ hinausgehende Veränderung: ein hochsitzendes infiltrierendes Carcinom.

Die Portioabschabung mit fraktionierter Kürettage ist nach den vorliegenden Ergebnissen eine diagnostisch zuverlässige Abklärungsmethode von zytologisch auffälligen Befunden an der Zervix. Damit empfiehlt sich die Portioabschabung mit Cervix-Kürettage als Alternative zur Konisation bei der

Abklärung auffälliger Befunde der Cervix-Zytologie, wenn eine nachfolgende Hysterektomie vorgesehen ist. Das methodische Prinzip der Portioabschabung beschränkt allerdings ihre Anwendbarkeit auf solche Kliniken, in denen ein sehr enger Kontakt zwischen dem Kliniker, dem Zytologen und dem Histo-pathologen gewährleistet ist.

LITERATUR

- (1) Dallenbach-Hellweg, G., E. Gitsch, R. Ulm, H.-G. Hillemanns, K. J. Lohe, K. Prechtel, K. Thomsen: Umfrage: Portio-Abschabung oder Konisation? gynäkol prax 1 (1977) 449-454
- (2) DeCenzo, J. A., T. Malo, D. Cavanagh: Factors affecting cone-hysterectomy morbidity. Am J Obstet Gynecol 110 (1971) 380-384
- (3) Egger, H., G. Kindermann, K. Michalzik: Portioabschabung und Zervixkürettage - eine Alternative zur Konisation bei positiver Zytologie. Geburtsh u Frauenheilk 35 (1975) 913-918
- (4) Egger, H., G. Hommel, K. Michalzik: Portio-Abschabung und Cervix-Curettage - eine Alternative zur Konisation bei positiver Cytologie. Arch Gynecol 227(1979) 249-265
- (5) Fichtel, G.: Dysplasie und Carcinoma in situ der Cervix uteri. Verlaufsbeobachtungen bei 118 Patientinnen nach unvollkommener Entfernung durch Konisation. Inauguraldissertation, München 1980

- (6) Holzer.E.: Die Behandlung des Carcinoma in situ. II. Abklärung durch Konisation. Behandlung durch unvollständige Konisation. Behandlung durch vollständige Konisation als alleinige Therapie. Zusammenfassende Beobachtungen. Arch Gynecol 227 (1979) 225-247
- (7) Kindermann.G.: Konisation versus Portioabschabung/Cervixurettage. Arch Gynecol 227 (1979) 267-270
- (8) Kürzl.R., J.Baltzer, K.J.Lohe: Die diagnostische Konisation der Cervix uteri. gynäkol prax 6 (1982) 489-502
- (9) Kürzl.R., J.Wagner, J.Baltzer, K.J.Lohe, J.Zander: Zur Problematik der diagnostischen Konisation beim klinischen Zervixkarzinom. Geburtsh u Frauenheilk 45 (1985) 6-10
- (10) Lohe,K.J., G.Bräunig, R.Herboth, H.Immich: Zur Frage des günstigsten Zeitpunkts der Uterusexstirpation nach vorausgegangener Konisation. Geburtsh u Frauenheilk 31 (1971) 138-146
- (11) Malinak,L.R., R.A.Jeffrey, W.J.Dunn: The conization - hysterectomy time interval: A clinical and pathologic study. Obstet Gynecol 23 (1964) 317-329
- (12) Mestwerdt.W.: Erkrankungen des Uterus. Klinik der Frauenheilkunde, Bd. VIII. hrsg von Döderlein, G., K.-H. Wulf. Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1969, 1970
- (13) Vara.P.: Erkrankungen des Uterus. Klinik der Frauenheilkunde, Bd. VIII. hrsg von Döderlein, G., K.-H. Wulf. Urban und Schwarzenberg. München, Wien, Baltimore. 1969, 1979

- (14) Walk.T., J.M.Voigtländer, A.E.Schindler: Die Bedeutung des Zeitintervalls zwischen Konisation und Hysterektomie. Geburtsh u Frauenheilk 34 (1974) 838-841
- (15) Williams.T.J., T.R.Johnson, J.H.Pratt: Time interval between cervical conization and hysterectomy. Amer J Obstet Gynecol 107 (1970) 790-794
- (16) Wolf.W., J.Baltzer, E.Schekatz, K.J.Lohe: Die "Rezidiv"-Frage des Carcinoma in situ der Zervix. Geburtsh u Frauenheilk 35 (1975) 37-39

ADDENDUM

III.

Danksagung

Herrn Prof. Dr.med. K.J. Lohe danke ich sehr für die Überlassung des Themas.

Meinen besonderen Dank möchte ich Herrn Priv.Do. Dr.med. R. Kürzl für die hilfreiche Unterstützung bei der Durchführung und der Abfassung der Arbeit aussprechen.

Lebenslauf

Name	Christa Stückler, geb. Werner
Geburtsdatum	30.3.43 in Ansbach
Eltern	Peter und Luise Werner
Schulbildung	1949-54 Volksschule in Ansbach 1954-60 Theresien-Oberrealschule in Ansbach 1961-64 Franken-Landschulheim in Gaibach mit Abiturabschluß
Berufstätigkeit	1965-67 Sekretärin und Sachbearbeiterin der Industrieanlagen-Betriebsgesellschaft in Ottobrunn 1967-68 Sekretärin der Firma Entwicklungs- ring Süd in München 1968-71 Chefsekretärin und Marketingassi- stentin des Halwart Schrader Verlages in München 1971-74 Mitarbeiterin meines Mannes zum Aufbau der eigenen Firma (Elektronik) 1974-77 Heilpraktikerschule in München 1977-84 Studium der Human-Medizin an der LMU München. Approbation am 16.8.84.

